Alcala (2)

NECROSIS DEL MAXILAR INFERIOR,

consecutiva al crecimiento anormal
de la muela del juicio.

TESIS PRESENTADA

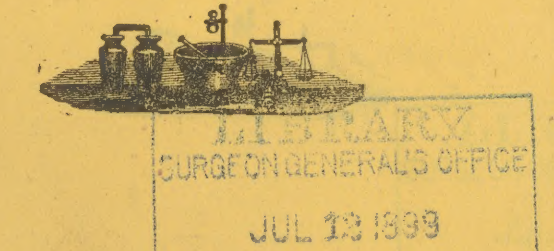
POR

LEONIDES ALCALA

ALUMNO DE LA

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

DE MEXICO.



MEXICO.

TIPOGRAFIA LITERARIA DE FILOMENO MATA,
San Andrés y Betlemitas 8 y 9, Esquina.
1888.

NECROSIS DEL MAXILAR INFERIOR,

consecutiva al crecimiento anormal
de la muela del juicio.

TESIS PRESENTADA

POR

LEONIDES ALCALA

ALUMNO DE LA

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

DE MEXICO.



MEXICO.

TIPOGRAFIA LITERARIA DE FILOMENO MATA

San Andrés y Betlemitas 8 y 9, Esquina.

1888.

A LA SAGRADA MEMORIA DE MI MADRE,

LA SEÑORA DOÑA

María Aguilar

Y A MI QUERIDO PADRE, EL Sr. D.

Ygnacio Alcalá.

Testimonio de mi inmenso amor de hijo.

A LOS EMINENTES MEDICOS

Eduardo Liceaga

Y

Rafael Lavista.

Débil prueba de mi agradecimiento y admiración.

AL INTELIGENTE FARMACÉUTICO

Sr. Felipe G. Flores.

Constancia de mi eterno cariño.

A MI ESTUDIOSO AMIGO

—EL—

Dr. Miguel Zúñiga.

RECUERDO DE AMISTAD.

LAS necrósis del maxilar inferior pueden dividirse en dos grupos: necrósis de causa general, y necrósis de causa local. Entre las primeras, se encuentran la necrósis exantemática, la sifilítica, la escrofulosa, la reumatismal y tal vez la fosforada; entre las segundas, colocamcs la necrósis traumática, comprendiendo con este nombre los trastornos producidos por los instrumentos contundentes y cortantes, y los causados por proyectiles de armas de fuego; la que es consecutiva á la caries dentaria y la periostitis alveolo-dentaria, y finalmente, la que sobreviene como consecuencia de las irregularidades en el desarrollo de la muela del juicio.

Como se ve, el grupo que forman estas diversas necrósis es bastante amplio y complicado, y su estudio exigiría una verdadera monografía que está fuera de mis alcances. Por este motivo, me limitaré á exponer únicamente lo que se refiere á la necrósis del maxilar inferior, que se observa en los casos de vicios en la evolucion del tercero ó último gran molar.

I.

Esta afeccion se observa generalmente entre los diez y ocho y los treinta años; es decir, durante el período en que aparece normalmente la muela del juicio. Sin embargo, como ésta puede anticiparse ó retardarse un poco en su aparicion, y la afeccion de que me ocupo está bajo su dependencia inmediata, dedúcese que no es imposible observarla, ó ántes ó despues de los límites arriba señalados.

Si la edad es una causa predisponente de primer órden, el sexo parece no tener ninguna influencia sobre su desarrollo.

La constitucion del individuo, sus enfermedades anteriores y las condiciones higiénicas en que vive, son causas predisponentes, cuando disminuyendo la resistencia del individuo y la vitalidad de sus tejidos, favorecen la extension de las flegmasías y su paso al estado de supuracion.

Estas son causas que predisponen solamente á padecer la afeccion de que se trata; pero la causa determinante, única, es la muela del juicio viciosamente desarrollada.

Para comprender esto, basta recordar que dicha muela sólo tiene disponible para su crecimiento el estrecho espacio que existe entre el segundo gran molar y el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior. Por consiguiente, si su raíz no se implanta perpendicularmente al hueso, sino oblícuamente hácia abajo, y atrás, al desarrollarse, su corona encontrará la del segundo gran molar que será un obstáculo invencible, y el

resultado inmediato de este anormal estado de cosas, será una compresion ejercida por la raíz sobre el periostio que viste el interior del alveolo correspondiente.

Hay pues, una causa permanente de irritacion, una verdadera espina que solicita constantemente al periostio á la inflamacion.

Como la muela continúa su crecimiento, llega un instante en que la irritacion pasa al estado de inflamacion, inflamacion que representa la reaccion de los tejidos contra el cuerpo extraño que las perturba en sus funciones.

Se verifican aquí, como en todas partes, los fenómenos de congestion, exsudacion é hiperplasia; mas como falta espacio en el alveolo para que los tejidos inflamados aumenten libremente de volúmen, estos se estrangulan.

La Patología General nos enseña que en toda flegmasía que llega á cierto grado de estrangulacion, hay mortificacion de los elementos anatómicos. Segun esto, es probable que desde el principio se forme en el alveolo cierta cantidad de pus séptico que obrando como materia flogógena precipita á los tejidos cercanos en el proceso supurativo. Tenemos en suma, una osteo-periostitis supurativa aguda y difusa.

La osteo-periostitis se propaga más ó ménos segun los individuos y segun que intervenga ó no el facultativo; pero en la mayoría de los casos es invadido el hueso en su totalidad, irradiando la inflamacion al mismo tiempo, á la rama ascendente del lado por donde empezó, y al cuerpo propiamente dicho.

II.

Para describir con alguna claridad esta interesante afeccion, será conveniente dividirla en cuatro períodos.

El primero, que se podría llamar prodrómico, principia en el momento en que se presenta el primer tropiezo al desarrollo de la muela del juicio, y termina en el momento en que comienza la inflamacion.

Está constituido por una serie de fluxiones ó congestiones locales que se acompañan de hinchazon y rubicundez alrededor de la muela y en la mejilla correspondiente, de aumento de la temperatura en esta última, y de un dolor bastante agudo. Hay tambien una salivacion notable.

El enfermo siente dificultad para la masticacion y la articulacion de las palabras; está inquieto y pierde casi siempre el sueño.

Sin embargo, este malestar desaparece en uno, dos ó tres dias; pero al cabo de poco tiempo vuelve á presentarse con el mismo carácter.

Estas fluxiones se repiten un número indeterminado de veces, hasta que llega la ocasion en que una de ellas persiste agravándose, y entónces la enfermedad entra en el segundo período.

Es necesario saber que los pacientes, al ser interrogados posteriormente sobre este primer período, se contentan con decir que han tenido dolor de muelas; y aunque puede suceder que realmente padezcan de caries dentaria, el médico debe insistir en que se le detalle, hasta donde sea posi-

ble, si este dolor se localizaba en la muela del juicio ó en el diente cariado y si ya había salido ó no lá muela supradicha.

Volverémos á explicarnos acerca del valor de estos datos al tratar del diagnóstico.

El segundo período se extiende desde el momento en que la fluxion se trasforma en inflamacion difusa, hasta aquel en que el pus se presenta al exterior.

Este período se caracteriza por los síntomas de una inflamacion muy aguda. La hinchazon ántes limitada, se extiende progresivamente á toda la mandíbula inferior, al labio correspondiente, á los dos carrillos y á la parte superior del cuello. Es semidura, algo elástica, uniforme y dolorosa á la presion. La piel cambia poco de coloracion y se pone caliente.

Hay dolores espontáneos sumamente agudos, que recorren el limbo alveolar; parece al enfermo que sus dientes han crecido.

En esta razon aparece un síntoma particular, el trismus. La mandíbula inferior se aplica fuertemente contra la superior, y esta circunstancia unida á la extraordinaria tumefaccion de las partes, hace imposible ó muy difícil la masticacion y la pronunciacion.

La secrecion de la saliva se exagera al mismo tiempo.

El estado general es grave. La calentura es intensa, el pulso fuerte y frecuente, hay insomnio y delirio.

La aparicion de calosfríos y sudores, de punzadas en algunos puntos de la hinchazon y la tras-

formacion de ésta de semidura en fluctuante, anuncian la supuracion. Esta invade rápidamente toda la region inflamada y aumenta la tumefaccion.

Aunque una mano experimentada puede sentir la fluctuacion en casi todos los puntos, es mucho más manifiesto el fenómeno detrás de la region maseterina, desde el ángulo del maxilar hasta la parte situada adelante del lobulillo de la oreja y en el borde inferior del cuerpo del maxilar.

Tambien aquí se presenta el abultamiento en su máximum, y cuando la lesion es simétrica, la cara toma un aspecto parecido al que tiene en los orejones.

Esta particularidad la explica suficientemente la Anatomía, puesto que el maxilar, cubierto en su rama ascendente, afuera por el músculo masetero y adentro por los terigoideos externo é interno; en su cuerpo, adelante por los músculos cutáneo del cuello, triangular y cuadrado de la barba y elevador de la barba; y atrás, en su parte inferior, por los músculos, aponeurósis, glándulas, vasos y nervios que constituyen el piso de la boca, es más superficial, y por lo mismo más accesible á la exploracion en los lugares ya mencionados.

Con dificultad puede lograrse el hacer por el interior de la cavidad bucal un exámen delicado y preciso del estado de los tejidos, pues los agudísimos dolores que acusa el enfermo á la menor tentativa de mover la mandíbula, y el trismus de que hablamos anteriormente, lo imposibilitan casi de un modo absoluto.

Se podrá notar sin embargo, invirtiendo el lábio inferior, que la encía está muy roja á hinchada, y que los dientes aún permanecen en su sitio. Si se tocan con el dedo se adquirirá la conviccion de que algunos comienzan á aflojarse y de que esta maniobra exacerba cruelmente los dolores odontálgicos.

Este segundo período es relativamente corto, pues tratándose de una supuracion flegmonosa, la marcha es aguda ó sobre-aguda en la mayoría de casos. Así, habiendo empezado la supuracion á los tres ó cuatro dias del principio de la enfermedad, á los quince ó veinte el pus se abre una vía al exterior.

La experiencia demuestra que cuando la flegmasía supurativa ha llegado á esta altura, todo el periostio, ó por lo ménos la mayor parte de él, ha sido despegado del hueso; es decir que la muerte de éste casi es segura en su totalidad.

Los pocos casos en que se ha podido observar que despues de una supuracion intensa que ha hecho perder al periostio sus relaciones con el hueso, estos dos órganos han recobrado su intimidad normal y con ella la vida del hueso ha sido posible, deben ser considerados como excepciones felices, y por lo mismo no deben hacer que el cirujano olvide la situacion grave de su enfermo.

Una vez, que el pus llena la especie de saco que le forma el periostio ¿por dónde hallará más facilidad para escurrir? La Clínica nos enseña que la parte del periostio que se destruye primero en estos casos, es la que corresponde al limbo alveolar. Así que, si no se interviene haciendo una incision

en la piel, casi constantemente sobrevendrán una ó varias perforaciones de la encía y se escapará por ella ó por ellas una gran cantidad de pus generalmente cremoso, amarillento y bien ligado.

Con la evacuacion de este líquido la tumefaccion disminuye, el dolor se hace ménos intenso, el trismus tambien se amengua ligeramente, la pronunciacion de las palabras se verifica un poco mejor, baja la calentura y vuelve la calma y el sueño al enfermo. Pasan en suma, los fenómenos agudos, y desde luego la enfermedad entra en el tercer periódo ó de necrósis.

Para estudiar debidamente lo que pasa en la necrósis del maxilar, es conveniente hacer algunas consideraciones anatómicas.

El maxilar inferior puede considerarse como un hueso largo, pero un hueso largo modificado para acomodarse á las funciones especiales que tiene que desempeñar. En efecto, tiene que servir de sostén á los dientes; y como quiera que estos forman un sistema distinto, morfológica y anatómicamente hablando, las condiciones de circulacion debieron modificarse. Además, estando dispuesto el sistema dentario en una curva, el maxilar tenía que afectar esta misma forma.

No obstante esta modificacion, puede admitirse que el maxilar, como cualquier hueso largo recibe tres órdenes de vasos: los que le vienen del periostio, los que le vienen por sus extremidades articulares, y los que recibe de la arteria dentaria inferior, la cual, aunque principalmente dedicada á la nutricion de los dientes, representa en este hueso á las arterias nutricias de los otros huesos largos.

Estas disposiciones anatómicas nos explican los hechos siguientes: 1. ° Porqué el maxilar continúa viviendo algun tiempo despues de que el periostio se ha despegado completamente; como lo prueba el hecho de que algunas veces, despues de haber evacuado el pus de un absceso subperióstico no se ha presentado la necrósis; 2. ° Porqué los dientes pueden continuar viviendo miéntras el maxilar se necrosa en todo su espesor, como lo demuestra el hecho observado alguna vez de haber continuado siendo útiles los dientes cuando despues de la eliminacion del secuestro, estos órganos han encontrado apoyo en el hueso nuevo; y 3. ° Porque en algunos casos la necrósis sólo ataca á la parte central del hueso y su borde alveolar, respetando el resto.

Puede por consiguiente, presentarse la necrósis del maxilar inferior con algunas variedades, segun el sistema vascular que de preferencia sea lesionado; pero en regla general los tres sistemas son atacados á la vez y de aquí que la necrósis sea total, y que mueran, no sólo el hueso, sino tambien los dientes.

El mecanismo de la muerte del hueso, debe ser por osteitis supurada exclusivamente. Digo exclusivamente, porque el exámen de los secuestros demuestra que la osteitis condensante ó hiperostósica, que Gosselin hace intervenir para explicar la necrósis de los huesos largos, no ha tenido el tiempo necesario para producirse. Admito pues, que la supuracion, al invadir los canalillos de Havers, destruye los vasos por obstruccion, y de esta manera,

el hueso se encuentra privado de los materiales necesarios á su nutricion.

Simultáneamente se van obstruyendo los ramillos de la arteria dentaria inferior que alimentan la pulpa dentaria de los dientes y estos órganos van perdiendo poco á poco sus propiedades vitales, se movilizan, se desprenden del alveolo respectivo y son arrastrados fuera de él por la supuracion.

Sentados estos preliminares, pasemos á la sintomatología de este período.

Todo el interes se concentra en el estado local. Lo que llama inmediatamente la atencion es la deformacion de la cara que parece cuadrada, en virtud del gran abultamiento que ocupa toda la mandíbula inferior. Este abultamiento es casi uniforme en toda su extension, y sobre él la piel conserva su coloracion y aspecto normales.

El lábio inferior está muy hinchado, pero no cambia tampoco de coloracion, el superior se encuentra hinchado tambien algunas veces, pero esto depende generalmente de que la flegmasía ataca al mismo tiempo á los maxilares superiores.

Escurre comunmente sobre el lábio inferior, invertido por la hinchazon, ó por las comisuras de la boca, un líquido viscoso y turbio, que no es más que saliva mezclada con pus.

Al hacer la inspeccion de la region enferma se notará que por uno ó por varios puntos se escapa lentamente y como babeando, un pus líquido, seroso, amarillento, cuya cantidad aumenta si se ordena al enfermo que haga un movimiento cualquiera con la mandíbula.

Este pus sale por pequeñas aberturas de contorno regular ó irregular, ligeramente engrosado, rojo ó violáceo. Estos orificios son la terminacion de fístulas, de trayecto más ó ménos largo y tortuoso que hacen comunicar el foco de necrósis con el exterior.

Sucede á veces que al lado de estos orificios en funcion, se encuentran otros ya cerrados de color vinoso y un poco deprimidos. Unos y otros están situados generalmente detras de la mandíbula, hácia la parte superior y anterior de la region supraioidea.

Haciendo la palpacion, se encuentra que el abultamiento es duro, de superficie casi igualmente lisa, que ocupa toda la extension del maxilar perdiéndose hácia los dos arcos zigomáticos.

No se pueden levantar pliegues en la piel, y en los puntos donde desaguan las fístulas está adherida y dura.

La exploracion con un estilete, da importantísimos datos haciéndolo penetrar profundamente por las fístulas, choca contra un cuerpo duro, liso, que da un sonido seco; este es el hueso necrosado, y desnudo de su periostio,

El estilete hará tambien reconocer si el secuestro es movible ó no, y si es uno ó son varios. Si es posible, con el fin de asegurarse mejor de la movilidad del secuestro se introducirán dos estiletes por dos fístulas que estén cercanas una de otra y se observará si los movimientos impresos por uno de ellos al secuestro, se trasmiten al otro.

En los casos en que la irregularidad del trayecto fistuloso no permita la introduccion de un

estilete rígido, debe uno servirse de una sonda de goma.

La exploracion por el interior de la boca, demuestra lo siguiente. Los dientes no ocupan su situacion normal, el arco que forman en el estado de salud, ya no existe; en algunos puntos los dientes están muy adelante, y en otros muy atrás; están distribuidos irregularmente, faltándo en unos sitios, y apiñándose en otros. Además la direccion de su caras y bordes, en muchos de ellos ha cambiado totalmente.

Al mismo tiempo llamará la atencion la gran cantidad de saliva purulenta que inunda la boca, el estado de destruccion de la encía que está desgarrada en muchos puntos é inflamada en toda su extension.

Al rededor de los dientes desalojados y por las desgarraduras de la mucosa se ve brotar cierta cantidad de pus acuoso.

Haciendo la palpacion se encontrará uno inmediatamente con que la mayoría de los dientes están completamente flojos; algunos aun se pueden extraer sin ningun trabajo. Esta movilidad, unida al desorden que ha sobrevenido en sus relaciones recíprocas, justifica la oportuna expresion del profesor Lavista: que *los dientes están bailando.*

A la palpacion será tambien necesario recurrir en la mayoría de casos para darse cuenta del estado que guarda la muela del juicio, causa de todos estos trastornos. Si no ha trascurrido mucho tiempo desde el principio de los accidentes, siempre se la encontrará en su lugar, y será facil darse cuenta de su posicion y direccion, pero si la necró-

sis está ya muy adelantada, ocurrirá frecuentemente que haya sido expulsada de su alveolo, y en tal caso es evidente que nos faltará este precioso dato.

Al recorrer con el dedo toda la region que padece se producen dolores muy vivos, y se aumenta la cantidad del pus y seliva.

Aunque la rigidez se opone á la exploracion minuciosa con el estilete, será posible en muchos casos formarse un juicio exacto del estado del hueso, de si son varios secuestros ó sólo uno, de la movilidad ó fijeza de ellos y de su direccion y profundidad. Todos estos detalles de gran valor para el diagnostico, pronostico y tratamiento, pueden ser apreciados merced á la circunstancia de que el periostio se destruye en primer término en la parte que corresponde al borde alveolar, dejando así un camino abierto á los instrumentos.

Durante el período de necrosis continúa, si bien minorado, el trismus ya mencionado anteriormente.

El estado general, aunque no satisfactorio, tampoco puede llamarse grave, fuera de algunas complicaciones que despues señalamos.

El enfermo se alimenta en verdad, de un modo insuficiente; la supuracion representa una pérdida contínua de materiales orgánicos, deglute su saliva mezclada con pus descompuesto; pero este conjunto de circunstancias desventajosas no llega á constituir una amenaza séria contra su vida. Indudablemente estará anémico y debilitado, pero rara vez será acometido de calosfríos, calentura y sudores, signos de septicemia; su apetito

será bueno y sus digestiones normales; dormirá tranquilamente y no estará abatido.

Lo que antecede, equivale á una negacion formal de todo lo que se ha dicho con respecto á los terribles efectos de la absorcion del pus en el tubo digestivo; pero ahí están los hechos para demostrar que se ha exagerado mucho en este sentido. No se trata de sostener que la supuracion de que hablamos sea inocente; pero es preciso convencerse de que nunca llega á los tamaños de una infeccion septicémica por el solo hecho de ser introducida en las vias digestivas; si mata, mata por otro mecanismo.

El cuarto período de la afeccion que estudiamos, es el período de reparacion y eliminacion. Confundo estas dos fases, que han sido generalmente descritas como dos períodos distintos, porque la observacion demuestra que se verifican simultanea y paralelamente.

Efectivamente, mientras el hueso muerto, obrando como un cuerpo extraño excita al periostio á la supuracion, la capa osteógena de esta membrana va produciendo paulatinamente el hueso nuevo que ha de sustituir al antiguo.

Ya se admita la explicacion que acabo de dar ya se acepte que el periostio al desprenderse arrastra mecánicamente algunas partículas de hueso que sirven de punto de partida á la neoformacion, el hecho práctico es que algunas veces el hueso se regenera totalmente.

Asientan algunos autores que primero se verifica un trabajo de granulacion en la cara interna del periostio, trabajo que termina por la for-

macion de una capa continua de yemas carnosas que secretan pus en su superficie al mismo tiempo que se osifican en la profundidad. El procesus sería semejante en tal caso al que se observa en las fracturas complicadas de herida de los tegumentos.

Yo creo que esta manera de ver no se opone á los principios de la Patología General ni á la observacion clínica, y que es perfectamente aceptable.

Una vez formadas las primeras capas de hueso, el periostio continúa su funcion ordinaria de formar otras nuevas que se sobreponen á las primeras.

El hueso nuevamente formado no se parece al antiguo, es mucho ménos alto y más pequeño, circunstancia que tiene por consecuencia que su borde superior quede un poco atrás que el correspondiente de la mandíbula superior. Además este borde no tiene dientes, por lo mismo faltan los alveolos; por último, casi no existe el ángulo que forman el cuerpo y la rama ascendente, sino que en su lugar hay una línea curva.

Cuando el hueso no se necrosa sino en parte, la nueva produccion se suelda con lo que ha permanecido vivo; en estos casos la deformacion es menor.

Como se comprende fácilmente, el hueso nuevo solo imita imperfectamente al antiguo; mas á pesar de esto, es una fortuna inapreciable para el enfermo el obtener esta regeneracion.

La neoformacion se verifica de abajo hácia arriba, y puesto que la regla general es que la

parte superior del periostio se destruya, el hueso nuevo tiene la forma de una canaladura, sobre la cual descansa el secuestro.

Para llegar á la curacion, solo falta la eliminacion de éste, y como todo el maxilar por su forma y volumen opondría una resistencia casi invencible, la Naturaleza lo reabsorbe en gran parte y lo fragmenta. Por el primer medio disminuye el volumen; por el segundo trasforma un cuerpo curvo en porciones rectas.

Entonces, obrando estas por sus extremos aguzados sobre las fístulas, se van introduciendo gradualmente, hasta que aparecen ó del lado de la piel ó del lado de la boca. Por las razones ya expuestas, esto último acontece con más frecuencia.

Eliminado el secuetro, cesa la inflamacion y la solucion de continuidad se cicatriza. Los músculos que han permanecido insertos al periostio, vuelven en parte á su energía, y la evolucion de la afeccion está terminada.

III.

Las complicaciones que pueden presentarse en el curso de esta afeccion son variadas y todas ellas graves. En primer término mencionaremos el edema de la glotis.

Rara vez se ha observado esta complicacion y cuando sobreviene se caracteriza por sus sintomas especiales, sobre todo por la disnea intensísi-

ma y de forma especial, inspiracion difícil y espiracion facil.

Si se atiende á las lesiones tan vastas en la necrosis total del maxilar, no asombrará que se infiltren los repliegues ari-epiglóticos. En efecto, en esos casos no sólo se inflama el tejido celular, sino hasta los músculo del piso de la boca; por consiguiente, la flemasía puede pasar de un momento á otro al tejido flojo de dichos repliegues.

Los abscesos del cuello suelen tambien acompañar á la necrosis, y el mecanismo de su produccion se comprende inmediatamente, tratándose de una supuracion difusa.

La perforacion de la arteria carótida interna se menciona en una observacion de Demarquay. Es la única noticia que yo tengo de un accidente tan grave. Si tal sucediese, el enfermo correría un gran peligro de morir por hemorragia fulminante.

Cuando la supuracion se generaliza á todo el hueso, la inflamacion de una ó de ambas articulaciones temporo-maxilares debe considerarse más bien como una consecuencia necesaria que como una complicacion. Los síntomas de esta artritis, en virtud de la rigidez que inmoviliza desde el principio la mandíbula, son casi nulos.

Aun cuando sean atacadas las dos articulaciones, no debe desesperarse de que vuelvan todos los movimientos, pues se ha notado que una vez terminado el proceso morboso, la articulacion se restaura con gran facilidad.

Las complicaciones que acabamos de apuntar, pertenecen en propiedad á la afeccion que es-

tudiamos; los que siguen dependen de su extension á los huesos del craneo ó de la cara.

Viene en primer lugar la osteo-periostitis del temporal con todas sus consecuencias; supuracion de la roca y de la caja del tímpano, perforacion de la membrana del tambor, síntomas de septicemia y con frecuencia tambien meningo-encefalitis supurada que traen rápidamente el fin fatal.

Despues merece toda nuestra atencion la osteo-periostitis supurativa de los maxilares superiores que se acompaña igualmente de desnudacion y necrosis del hueso. En tales circunstancias, la tumefaccion invade el resto de la cara hasta los ojos, haciendose mucho mas acentuada en el labio superior.

Si se obtiene la curacion despues de la eliminacion de los maxilares necrosados, no se regeneran estos; porque el periostio que los envuelve no posee capa osteógena. La deformacion que de esto resulta no es tan grande como se podría suponer; proviene esta circunstancia favorable, de que el hueso se llena en gran parte con tejido fibroso.

La necrosis del maxilar superior trae como consecuencia la supuracion del antro de Higmoro. La mucosa que lo tapiza se esfacela; un detritus putrilaginoso llena su cavidad y de este modo queda trasformado el seno en una especie de cámara ó recipiente de productos altamente sépticos é infectantes, que á su vez obrarán sobre los tejidos como sustancias flogógenas.

Estando la cavidad orbitaria separada solamente por un delgado tabique huesoso del seno

maxilar, muy natural es que sea invadida por la supuracion; y en efecto, los flemones de la órbita, con pérdida del globo ocular se observan con frecuencia.

Puede acontecer que los órganos y tejidos contenidos en la cavidad de que hablamos sean respetados absolutamente, como tuve oportunidad de verlo en un enfermo que murió en la sala del profesor Lavista, y que sin embargo la supuracion partiendo del seno maxilar, llegue hasta el interior del craneo siguiendo otra via. Esta la constituye el etmoides, que aplicado por la parte infero-externa de su masa lateral sobre el maxilar superior, y estando cubierto en su parte nasal por la misma mucosa que el maxilar, está en condiciones extraordinariamente favorables para contribuir á la propagacion del procesus.

Ataca pues el pus, al tejido areolar y esponjoso del etmoides, inflama la mucosa y la destruye, despega la dura madre que cubre la cara superior de la lámina cribada, la reblandece y hace supurar, y por último se pone en contacto con el encefalo.

Hay segun se ve por lo expuesto, dos puertas de entrada principales al interior de la caja craneana; la del temporal y la del etmoides; la primera por la cual el pus atacará el lóbulo temporal y el lóbulo medio del cerebro; la segunda, por la cual atacará los lóbulos anteriores.

Los síntomas que denuncian la inflamacion del cerebro y sus envolturas varian, como se comprende, segun la localizacion de las lesiones; y

para su estudio, acudimos á los tratados de Patología interna.

Réstame sólo tocar lo concerniente á la septicemia. ¿Debe esta ó no ser considerada como una complicacion?

Al hacer la descripcion de los síntomas, he dicho que muy rara vez se presentan los signos habituales de esta infeccion, y esta es la verdad. La abundancia de la supuracion, la crónicidad del procesus por una parte, y por otra las ideas que generalmente se aprenden sobre los accidentes que sobrevienen por la deglucion del pus, pesan demasiado en el espíritu de quien no siga clínicamente la marcha de la afeccion de que trato, para que su contestacion sea afirmativa; pero segun mi opinion, lo septicemia, en la necrosis parcial ó total del maxilar inferior sin complicaciones, es decir exclusivamente limitada al hueso, debe considerarse mas bien como un accidente.

Creo que hay dos fenómenos propios de la afeccion que explican suficientemente la rareza de los síntomas de septicemia. Estos fenómenos son: la facilidad con que escurre la supuracion por las múltiples aberturas que ofrecen la piel y la encía, y el enorme espesor que adquieren el periostio y las otras partes blandas, llegando á formar una gruesa barrera que se opone á la absorcion del pus.

La septicemia se presentará cuando se cierren los trayectos fistulosos ó cuando la supuracion se extienda al cuello ó á los huesos del cráneo y de la cara; en todos estos casos la septicemia no entra en el cuadro de fenómenos ordina-

rios de la afeccion, y por lo mismo será una complicacion.

IV.

Para darse una cuenta exacta de los síntomas observados en la necrosis del maxilar inferior, y de las complicaciones que suelen acompañarla es preciso recurrir á la Anatomía Patológica.

No sé que se haya dado un caso de muerte en el primer período que enseñara sobre las lesiones correspondientes. Me veo pues, obligado á pasar en silencio lo que se refiere á este particular.

En el segundo período las lesiones son las de toda osteo-periostitis supurativa con despegamiento del periostio; por consiguiente, creo superfluo detenerme en la relacion de estas lesiones.

Para interpretar los fenómenos que determinan la muerte del hueso, deben tenerse presentes las condiciones anatómicas siguientes: 1.ª la afeccion es una osteo-periostitis supurativa difusa; es decir, el pus no sólo resulta de la inflamacion del periostio que se va desprendiendo gradualmente, tanto por la accion corrosiva de este líquido como porque su cantidad aumenta á cada instante, sino que tamhien se infiltra en el espesor del hueso, produciendo una osteitis parenquimatosa supurada aguda. De otra manera no se comprende cómo es atacada la arteria dentaria en sus ramas y en su mismo tronco desde el principio de los accidentes; que este ataque es real, lo

demuestra la necrosis rápida de los dientes y la desaparicion de la arteria en toda su longitud. 2. ≈ La inflamacion priva bruscamente al hueso de todos sus vasos; no escapan á la destruccion ni las arterias de algun volúmen ni los capilares. Esta particularidad nos explica dos cosas: la prontitud con que se verifica la muerte del hueso y el estado físico del secuestro, que no está condensado sino más bien un poco poroso.

La eliminacion del secuestro exige grandes esfuerzos por parte del organismo; cuando estos no pasan de cierto límite, queda todo dentro del órden; pero tambien sucede algunas veces que es traspuesto este límite, y entónces se producen grandes trastornos.

Habiendo tenido la ocasion de hacer el examen necroscópico de las lesiones producidas en un enfermo que murió en este período de la afeccion en el servicio del Dr. Lavista, me voy á permitir, en vista de los importantísimos datos que se recogieron, consignar aquí esas lesiones; porque ellas arrojan una viva luz sobre una gran parte de la historia de esta enfermedad.

Antes, conviene saber que este enfermo decía tener veinte años, que empezó á enfermarse del lado izquierdo, y que cuando murió, segun los datos que él suministró á su llegada al hospital, el padecimiento contaba dos meses, poco más ó ménos.

Hé aquí la exposicion sumaria de esa autopsía. El maxilar se encontró fragmentado en siete ú ocho secuestros, de dimensiones desiguales, adelgazados y de susperficie áspera, como carcomida;

el cóndilo, la rama ascendente y la mitad izquierdas del hueso, eran más pequeños y desgastados; las dos articulaciones temporo-maxilares habían sido completamente destruidas; todo el hueso estaba bañado por un pus espeso, amarillento y fétido; el periostio muy grueso, de superficie casi lisa y color negruzco uniforme; los tres molares grandes del lado derecho ocupan su situacion normal; incisivos y caninos desalojados, flotantes y reunidos en grupos, faltan varios dientes, principalmente del lado izquierdo; la encía está representada por algunos colgajos pútridos que en parte adhieren á los dientes; existe cierta cantidad de pus en la boca. El tejido conjuntivo y los músculos del piso de la lengua, forman una masa gruesa, dura y negruzca, cuyo corte da reflejos grasosos; los músculos geni-hioideos y geni-glosos no son perceptibles sino á cierta distancia de su orígen, y los milo-hioideos sólo en una pequeña parte de su extension, cerca de su punto de insercion al hioides, donde presentan una coloracion amarillenta. Los terigoideos del lado derecho han desaparecido, y en su lugar se ve una sustancia informe de color oscuro; los del lado izquierdo tienen una coloracion tambien oscura, pero conservan algo de su forma; los maseteros casi no se distinguen; los temporales son pálidos y atrofiados, pero conservan su forma, estriacion é insercion á la apófisis coronoides. La apófis zigomática derecha con sus dos raices, la fosa glenoidea, la apófisis mastoides y la parte inferior de la escama del temporal, del mismo lado están enteramente desnudas; la tuberosidad del maxilar derecho, cubierta

por periostio, pero ya éste se ha despegado. En el lado izquierdo el periostio, aunque comienza á alterarse, adhiere todavía al temporal y al maxilar. Los dos senos maxilares se encuentran llenos de pus mucoso en putrefaccion, su pared está descubierta; ámbos tienen una perforacion por su cara externa y en la parte superior de la interna; por este punto el pus ha invadido las masas laterales del etmoides destruido, la mitad derecha de la lámina cribada y penetrado al interior del cráneo. El seno frontal tambien está supurado.

Haciendo la inspeccion por el interior del cráneo, se ve toda la fosa media derecha del piso del cráneo, desnuda y cubierta de pus espeso; igual alteracion en la parte inferior de la escama del temporal. En las fosas anteriores se percibe: en la derecha, la perforacion ya indicada de la mitad derecha del etmoides; en la izquierda, un adelgazamiento muy notable de la mitad izquierda del mismo hueso. En ámbos puntos, y alrededor, hay una corta cantidad de pus, color verde-oscuro. En el resto, la dura-madre conserva sus relaciones con los huesos craneanos.

Esta membrana está muy engrosada, y presenta una coloracion grisacea en la parte que corresponde al lóbulo medio derecho; teniendo ademàs una perforacion, rodeada de neomembranas en el punto que corresponde á la gran ala del esfenoides.

Incindiendo la dura-madre, escurre un líquido purulento, amarillo, sucio, cuya cantidad es como de dos onzas. Este líquido es el contenido de un absceso superficial del cèrebro, de forma

oval, cuyo gran diámetro es antero-posterior, y mide diez centímetros aproximadamente, y el pequeño es vertical y medirá seis centímetros. La mitad externa del absceso está formada por las meninges, adheridas unas con otras, en tanto que la interna la forma la misma sustancia cerebral, blanca en su mayor parte, pues la supuracion ha destruido las circunvoluciones; esta circunstancia hace que dicha mitad interna es plana y produce la impresion de haberse quitado una rebanada de sustancia encefálica con instrumento cortante. Las dos paredes están unidas por un tejido de nueva formacion, blando y blanco, que se deposita de un modo irregular en el contorno del absceso, dándole una figura orlada.

Este gran absceso, comunica con otro del tamaño de un huevo de paloma alojado en el expesor de la sustancia blanca del hemisferio, y cuyo contenido está formado de pus y detritus del cerebro. Este pequeño absceso ocupa unicamente una porcion del lóbulo medio, al paso que el descrito arriba ocupa no sólo la parte inferior del lóbulo medio en toda su extension, sino tambien la posterior del lóbulo frontal, la anterior del occipital y una gran parte de la superficie del lóbulo temporal.

Tambien hay líquido purulento en la superficie del hemisferio izquierdo y alrededor del cerebelo, de la protuberancia anular y del bulbo.

En varios puntos adhieren las membranas al encéfalo; se nota un tinte gris verdoso en la proximidad de los abscesos y una coloracion gris de pizarra muy acentuada en ámbos lóbulos fron-

tales; casi toda la superficie del encéfalo está inyectada, y á los lados de la gran cisura interhemisférica se ven algunos pequeños núcleos hemorrágicos.

En los pulmones, pero principalmente en el izquierdo hay focos de hepatizacion roja situados irregularmente y pequeños abscesos.

Esta observacion es sumamente instructiva y preciosa para el clínico; demuestra los horrorosos é irreparables trastornos que pueden sobrevenir cuando la necrosis del maxilar inferior se complica con la de los otros huesos de la cara ó del cráneo, y la obligacion que tiene el médico de esforzarse hasta los límites de lo posible, para que el procesus quede acantonado al maxilar inferior. En resúmen, advierte de que hay un punto negro en la historia de esta afeccion, que debe tenerse presente para formular el pronóstico y el tratamiento.

Si la marcha de la afeccion no es interrumpida por la muerte, el maxilar, fragmentado y adelgazado, empujado por la supuracion y por el hueso nuevo, cuando lo hay, es eliminado por las fístulas que ya conocemos.

Ya nos hemos explicado acerca de las cualidades del hueso de nueva formacion, así como tambien hemos hecho constar que los músculos recuperan en parte su energía y funcion primitivas. Pero lo que ignoramos aun es el mecanismo que preside en este admirable trabajo de reorganizacion ó reparacion. Nos vemos pues en la necesidad de esperar nuevas investigaciones sobre este punto.

V.

El diagnóstico de necrosis del maxilar, no presenta dificultad de ninguna especie; cuando hay una supuracion crónica que escurre por aberturas fistulosas, y el estilete hace conocer la existencia del hueso desnudo, liso y que da un sonido seco; ó cuando ya han sido eliminados alguno ó algunos secuestros; pero al principio puede creerse en una fluxion simple provocada por la carie dentaria. El exámen de la dentadura dará algunas veces el diagnóstico; más si coexisten los dos padecimientos, caries y congestion ó flemasía provocada por la comprension que ejerce la muela del juicio mal desarrollada, y ámbas al lado una de otra, el diagnóstico exacto será imposible porque los enfermos no localizan con toda precision el punto por donde comenzó el estado morboso.

Sería cometer un error grosero tomar por un ataque de orejones la osteo-periostitis llegada al período de supuracion, cuando ésta se difunde á todo el maxilar; pues sin hablar de la epidemicidad de la primera enfermedad, de que la hinchazon, ocupa solamente el tejido conjuntivo de la region parotídea y no toda la mandíbula, basta fijarse en el principio de los accidentes por el maxilar que siempre explica claramente el enfermo, para hacer el diagnóstico.

En lo que toca á la diferenciacion de las diversas especies de necrósis, dirémos desde luego que, en la gran mayoría de casos, no será el esta-

do anatómico de las partes el que proporcionará los elementos del diagnóstico, sino los datos etiológicos, los antecedentes del enfermo, y algunas veces la marcha de la afeccion. Por tal motivo, es indispensable hacer siempre un interrogatorio muy cuidadoso en este sentido.

Tomamos por ejemplo la necrósis exantemática, la reumatismal ó la consecutiva á una caries dentaria. En los tres casos puede ser total la necrósis, y si bien la segunda y tercera variedades son generalmente parciales y subagudas, las dificultades del diagnóstico, no atendiendo á los antecedentes, serán muy grandes; puesto que tambien la necrósis consecutiva á la evolucion anormal de la muela del juicio puede ser parcial. Pero considerando atentamente las cosas, se sabrá que: en la primera variedad ha sido la causa el ataque de una fiebre eruptiva y que los dolores no comenzaron por la muela del juicio, ó que no ha salido todavía ésta: en la segunda, se tendrán los mismos datos con respecto á este diente, y se oirá decir al enfermo que la causa única fué un enfriamiento: en la tercera, aparecerá claramente que una muela, ó cualquiera de los otros dientes cariado ha sido la causa patológica; el exámen del sistema dentario, si los dientes conservan todavía su sitio, pondrá de manifiesto si existe ó no la caries.

La profesion del enfermo, la marcha lenta y la produccion abundante de osteófitos, distinguen la necrósis fosforada.

La marcha de la afeccion puede ser muy útil para diferenciar la variedad escrofulosa ó sifilítica de la que estamos estudiando; pues ámbas se ca-

racterizan por una marcha relativamente torpe, y por ser más limitadas. El estado general del enfermo y la investigacion de todo lo que se refiere á la muela del juicio acabarán de completar el diagnóstico.

En los casos de necrósis traumática, el orígen de los accidentes salta á la vista, y por lo mismo no merece que nos detengamos.

Diagnosticada la lesion y su variedad, se trata de sentar el pronóstico.

VI.

El pronóstico de la necrósis del maxilar inferior, pura y simple, es decir, sin mezcla de complicacion de ninguna especie, es benigno. A ello contribuyen: la edad del enfermo que casi siempre es jóven y bien constituido, los síntomas moderados que provoca la lesion en casi toda su evolucion, y los medios de que actualmente se dispone para combatir la acumulacion del pus y para desinfectar convenientemente el foco de supuracion.

Dada la edad del enfermo, está uno autorizado á esperar en la mayoría de casos la regeneracion del hueso, y si éste no puede jamás ser enteramente igual al primitivo, verdad es tambien que evitará en gran parte la deformacion que debería resultar, y que el enfermo puede servirse de él para la articulacion de los sonidos, puesto que es movible y la lengua conserva su atadura normal por intermedio de los genioglosos.

Si no puede llamarse grave el pronóstico cuan-

do la afeccion se circunscribe á la mandíbula inferior, sí lo es, y mucho, cuando se extiende á los huesos temporales y maxilares superiores; pues en estos casos es inminente la supuracion de la roca con pérdida del oido, trombosis del seno lateral, septicemia y meningo-encefalitis sobreaguda en los de la primera categoría; y en los de la segunda, la necrósis de los maxilares que no pueden regenerarse, la supuracion gangrenosa del seno maxilar, el flemon de la órbita con pérdida del ojo, la septicemia y la meningo-encefalitis sobreaguda, como en los de la primera.

Cuando sobreviene el edema de la glotis ó el flemon profundo del cuello, el pronóstico tambien es muy grave.

En los casos rarísimos de perforacion de la carótida interna, el pronóstico es casi seguramente mortal.

Como el facultativo no siempre puede conocer con exactitud el grado á que han llegado las lesiones profundas, ni preveer con certeza las complicaciones á la marcha regular de la enfermedad, la prudencia aconseja que se formule con cierta reserva el pronóstico.

VII.

Comprende el tratamiento dos partes: una puramente médica, la otra, mucho más importante, quirúrgica.

La primera se subdivide á su vez en farmacéutica y dietética.

Tratándose de una afeccion que por ser supurativa y de larga duracion debilita profundamente el organismo, están indicados los tónicos y los reconstituyentes. Se administrará todos los dias vino de quina, de nogal, de Hidalgo Carpio ó de Maldonado, para oponerse á la anemia y para sostener el apetito y las fuerzas; si se observan síntomas de infeccion, será conveniente administrar pequeñas dósis de sulfato de quina y algunas gotas de alcoholadura de acónito ó gránulos de aconitiva de á $\frac{1}{4}$ de milígramo en número de dos ó tres por dia.

Cada una de las complicaciones exigirá con frecuencia un tratamiento especial.

La alimentacion, en virtud de estar inutilizado el maxilar para la masticacion, se compondrá de sustancias líquidas ó por lo ménos blandas ó pastosas. Se recurre á las sopas aguadas, al jugo de carne, al caldo, á los huevos crudos ó tibios, al café, té ó chocolate, pero sobre todo á la leche; se tendrá cuidado de variar la forma de ésta segun el gusto de los enfermos. Debe tambien agregarse á las comidas una cantidad moderada de pulque ó vino de mesa.

No impidiendo el estado de la mandíbula el paso de sustancias pastosas, creo que muy bien se podría recurrir en casos de gran debilitamiento y cuando la supuracion crónica pudiera hacer temer la aparicion de la tuberculósis ó de la degeneracion amiloidea, al uso de la carne cruda perfectamente molida y desleida en caldo.

Es tambien de la mayor importancia que los

enfermos se expongan todos los dias por más ó menos tiempo á la accion de los rayos solares.

Por último los preceptos de la higiene, en lo que toca á la limpieza, al vestido y á la renovacion del aire, deben aplicarse lo mas estrictamente que sea posible.

Llegamos á la parte esencial del tratamiento, la intervencion quirúrgica.

Desde su principio necesita esta afeccion los servicios del cirujano, pues tratandose como causa única de un desarrollo anormal de la muela del juicio, claro es que la primera indicacion para contener el avance de los accidentes, será la extracion de esta muela. Será en consecuencia, muy grande la responsabilidad del facultativo que en tal ocurrencia no haga un exámen verdaderamente científico, y caiga en el error de atribuir á un simple dolor de muelas, la tumefaccion que se le presenta y por la cual comienza la ostio-periostitis difusa, contentándose con mandar la aplicacion de cataplasmas, algunos buches calmantes ó el uso de algodoncitos embebidos en soluciones cáusticas ó narcóticas.

Ya hemos dicho que pueden coincidir los dos padecimientos; así es que en estos casos de diagnóstico dudoso, la suerte del enfermo depende en gran parte de la inteligencia y pericia del médico.

Pero supongamos que éste solo sea consultado cuando la supuracion ha comenzado ya á desarrollarse. Entonces la conducta racional es la siguiente: extraccion de la muela del juicio, amplia abertura del absceso en un lugar conveniente. es decir: segun los casos, por la vía bucal ó

por la cutánea; desinfeccion perfecta del foco, uso continuo de buches antisépticos si se opera por la boca ó curacion listeriana si se escoge la incision por la piel, y aplicacion constante de hielo en la region.

Con estas precauciones se conseguirá casi siempre limitar el despegamiento del periostio, y por consiguiente la necrósis consecutiva.

Sucede sin embargo algunas veces que los enfermos pierden el tiempo con los remedios caseros y que sólo se presentan al médico cuando todo el maxilar ha sido invadido por la supuracion y que la necrósis de todo él es inevitable. En estas tristes circunstancias se debe abrir inmediatamente una salida franca al pus; esto se consigue por dos ó más incisiones exteriores convenientemente situadas, por el cuidadoso lavado del foco con la solucion fénica y por la canalizacion del mismo.

Aconteciendo generalmente que el pus sale al mismo tiempo alrededor de varios dientes, se tendrá el cuidado de ordenar el empleo de buches boratados ó salicilados para evitar la descomposicion pútrida.

A medida que los dientes vayan abandonando sus respectivos alveolos,, el cirujano lo extraerá.

Nos encontramos á la sazon en presencia de los fenómenos propios á la necrósis; es decir, hay un secuestro mas ó menos voluminoso que produce una supuracion constante. ¿Cuál debe ser la conducta del cirujano? ¿Esperará â que la naturaleza se encargue de la eliminacion del secuestro

ó intervendrá? y si su deber es intervenir ¿cuándo y cómo lo hará?

La primera de estas cuestiones se puede considerar como resuelta en la actualidad, y probablemente no hay un cirujano celoso de su reputacion que permanezca impasible y cruzado de brazos delante de un desgraciado enfermo que se agota inútilmente y que está expuesto además á terribles complicaciones; pero no sucede otro tanto con la segunda; ni en Inglaterra, ni en Alemania, ni en Francia, puede considerarse como enteramente agotada la discusion que sobre el particular se ha suscitado.

Sin entrar en pormenores que harían fastidioso este trabajo, creo que se puede expresar el estado actual de las cosas de la manera siguiente: la intervencion no debe ser prematura, pero no debe tampoco ser tardía; esto quiere decir que sólo se dejará á la naturaleza el tiempo indispensable para la limitacion de la necrosis, pero tan luego como lo haya hecho, se procederá á la operacion.

En mi concepto no es necesario esperar à que el estilete nos demuestre con toda evidencia la movilidad del secuestro. Me fundo para emitir esta idea, en que el maxilar por su forma y volúmen puede estar necrosado en gran parte ó en toda su extension y no ser movible por impedir su desalojamiento el grueso y resistente estuche que le forman las partes blandas inflamadas y de consiguiente, afectadas de hiperplasia. Así es que, si el estilete descubre el estado de desnudacion del hueso y produce un sonido seco al percutirlo, aun-

que no se perciba la movilidad, claramente nos indica que el procesus necrótico se ha efectuado y que es tiempo de operar.

Como se vé no soy partidario de la espectacion prolongada hasta obtener la fragmentacion natural del secuestro; y pienso de este modo, porque mientras llega este resultado, el enfermo se debilita mucho y corre los riesgos de las formidables complicaciones ya expuestas en otro lugar.

Fijado en este órden de ideas la oportunidad de la intervencion, veamos si es posible formarse con anticipacion un plan aproximado de ejecucion manual, y ante todo si la reseccion va á ser parcial ó total. En mi opinion el estado de integridad del sistema dentario en cierta parte de su extension, la falta de fístulas y de hinchazon en la zona correspondiente, bastan en la mayoría de los casos para declarar que en ese sitio el maxilar vive y para decidir la longitud y la forma de la incision.

Como el procesus comienza en el punto de union del cuerpo con la rama ascendente del hueso, lo general es que esta rama y la parte inmediata del cuerpo sean los primitivos asientos de la necrosis; si faltan los signos de ésta en el lado opuesto, se hará la incision con el objeto de resecar la mitad del hueso. Si la supuracion ha existido y continúa escurriendo de los dos lados, si todo el borde alveolar está alterado, la incision se hará para operar la reseccion total del maxilar inferior.

Resuelta la operacion y calculada poco más ó ménos la extension que debe tener, se plantea la

cuestion de si se debe elegir la vía cutánea á la vía bucal; se trata, en suma, de escojer el procedimiento operatorio.

Para resolver este punto recuérdese: 1.°, la facilidad con que escurre la sangre á la farinje y los peligros de asfixia que de ella resultan; 2.°, la rigidez de la mandíbula, y que esta puede ser vencida por la cloroformizacion cuando es simplemente expasmódica; pero tambien puede no serlo cuando los músculos degenerados por la flemasía están no sólo contraidos sino retraidos; 3.°, que esta circunstancia, unida á la conformacion especial de la region, podrá ser un obstáculo á la precision operatoria; y 4.°, que las grandes incisiones exteriores producen cicatrices que afean y deforman.

Dire, ántes de dar mi opinion sobre el asunto que, en vista de los inmensos beneficios que resultan para el operado de la conservacion del periostio, puesto que de este modo se tienen probabilidades de regeneracion del hueso y es más fácil respetar los vasos y nervios, y se asegura la integridad de las inserciones musculares, no me parece útil ocuparme de los antiguos procedimientos, tales como el de Malgaigne y el de Dupuytren, sino que procuraré ceñirme únicamente á una comparacion estre los procedimientos de Ollier y de Rizzolli, para juzgar en seguida á cuál de los dos se debe dar la preferencia.

Ambos conservan el periostio; el de Rizzolli evita de un modo completo la deformacion, puesto que es intrabucal la operacion; ahorra además la seccion de la arteria facial; pero en cambio expone á la penetracion de la sangre á las vías aereas

y dificulta el fácil despegamiento del periostio. El de Ollier deja una grande incision que en los casos de necrósis completa debe estenderse de una oreja á la opuesta y divide además la arteria facial; pero suprime los riesgos de asfixia, y hace muy sencillo el desprendimiento del periostio y la seccion del tendon del temporal ó la de la apófisis coronoides cuando ésta sube mucho.

En cuanto á la perfeccion de las curaciones ulteriores, á nadie se escapa que sólo puede conseguirse con el procedimiento de Ollier.

Con estas consideraciones creo que basta para decidirse por este último en casi todos los casos que se presenten.

Adviértase que hablamos aquí de la necrósis total y suponemos que el hueso todavía está entero, es decir, que la afeccion no data de mucho tiempo, y la neoformacion huesosa es ó nula ó insignificante; en los casos en que el hueso reducido á varios fragmentos comienza á ser eliminado por la boca, en que la necrósis es parcial ó el hueso nuevo forma una gruesa canaladura debajo del antiguo, el procedimiento de Rizzolli puede llamarse admirable.

Supuesto lo que antecede, vamos á dar un bosquejo del manual operatorio. Estando el enfermo cloroformizado hasta la resolucion completa, y teniendo el cirujano á su disposicion un ayudante para reparar los tejidos, otro para hacer la hemostasis y un tercero para el cloroformo, procede á hacer una incision que comenzando en el lobulillo de la oreja de un lado, se extienda por toda la mandíbula hasta el lobulillo de la oreja del lado

opuesto, quedando á seis ó siete milímetros detrás del borde inferior del maxilar.

Esta incision se profundiza hasta tocar el hueso; entónces se desnuda éste tanto por su cara externa como por la interna en la parte media, se pasa una sierra de cadena y se secciona; en seguida se desnuda la cara externa de una de las mitades hasta llegar al cóndilo, empleando el desprende-tendones para destruir las inserciones del masetero; con un davier se desvía el hueso hácia fuera para ruginar su cara interna, teniendo cuidado de usar el bisturí al llegar al agujero dentario; despues se atrae el hueso hácia abajo para desnudar la apófisis coronoides y desprender el tendon del temporal si es accesible ó para seccionar esta apófisis con una cisalla de Liston si se oculta detrás del arco zigomático; inviértese el hueso hacia arriba para ruginar la parte posterior de la rama ascendente, llevando la desnudacion tan alta como sea posible

Desnudo completamente el hueso, se le tuerce atrayéndolo al mismo tiempo hácia sí para operar el arrancamiento del cóndilo; pero si aquel ha perdido su consistencia, en vez de arrancarlo, se desprenderá pacientemente con un bisturí para no correr el riesgo de herir la carótida.

Con la otra mitad se procede absolutamente de la misma manera.

En seguida se lava perfectamente, se canaliza y se pone una curacion antiséptica.

Este procedimiento deja una cicatriz deforme, pero asegura mejor el éxito de la operacion.

Si el hueso se regenera, prestará grandes ser-

vicios al enfermo y disminuirá considerablemente la deformacion. El arte del dentista puede tambien contribuir en parte para obtener este resultado; pero si la regeneracion no se produce, la deformacion sólo podrá remediarse imperfectamente por medio de aparatos protéticos.

FIN.